

Wypadanie włosów w chorobie Hashimoto

Hair loss in Hashimoto's disease

WSTĘP

Tarczycza (*glandula thyroidea*) jest bogato unaczynionym nieparzystym gruczołem wydzielania wewnętrznego położonym w przednio-dolnej części szyi (pomiędzy piątym kręgiem szyjnym C5 a pierwszym kręgiem piersiowym Th1). Sąsiaduje z krtanią i tchawicą, przypomina kształtem literę H, jej waga nie przekracza zwykle 30 gramów. Zbudowana jest z dwóch płatów – prawego (zwykle większego) i lewego połączonych cieśnią, czasami występuje płat trzeci – piramidowy, który odchodzi przy lewej stronie

cieśni ku górze. Gruczoł ten odpowiedzialny jest za wytwarzanie i uwalnianie hormonów tj. trijodotyroniny (T3), tyroksyny (T4) oraz kalcytoniny. Produkcja i wydzielanie hormonów tarczycy funkcjonuje na zasadzie ujemnego sprzężenia zwrotnego osi podwzgórze-przysadka. Spadek stężenia hormonów tarczycy zgodnie z mechanizmem ujemnego sprzężenia zwrotnego pobudza przysadkę do zwiększenia stężenia TSH (*thyroid-stimulating hormone*) [1, 2].

Żaneta Żak^{1,2}

¹. Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawski Uniwersytet Medyczny ul. Żwirki i Wigury 61 02-091 Warszawa
M: +48 518 023 315
E: fito.med@op.pl

². Fito-Med ul. Dekabrystów 41 42-200 Częstochowa

» 240

STRESZCZENIE

Zaburzenia hormonów tarczycy wiążą się z nieprawidłowościami wzrostu włosów. Nadmierne wypadanie włosów jest bardzo częstym i stresującym problemem współistniejącym u osób z autoimmunologicznym zapaleniem tarczycy typu Hashimoto. Wiąże się to z komplikacjami psychicznymi, które w dużej mierze są bardziej obciążające niż sama choroba.

Celem pracy było ukazanie problemu wypadania włosów jako jednego z głównych problemów wśród osób, u których zdiagnozowano chorobę Hashimoto.

Trichoskopia pozwala na identyfikację zmian we wczesnej fazie wypadania włosów, a szybka i odpowiednia terapia oparta na współpracy specjalistów endokrynologów z dermatologami i trychologami może zatrzymać proces łysienia.

Słowa kluczowe: łysienie w chorobie Hashimoto, trichoskopia, łysienie telogenowe w Hashimoto, łysienie plackowate w Hashimoto

ABSTRACT

Thyroid hormone disorders are associated with hair growth abnormalities. Excessive hair loss is a very common and stressful problem in people with Hashimoto's autoimmune thyroiditis. This is associated with mental complications that are largely more aggravating than the disease itself.

The aim of the study was to show the problem of hair loss as one of the main problems among people diagnosed with Hashimoto's disease.

Trichoscopy allows for the identification of changes in the early phase of hair loss, and fast and appropriate therapy based on the cooperation of specialists such as endocrinologists, dermatologists and trichologists can stop the balding process.

Keywords: alopecia in Hashimoto's disease, trichoscopy, telogen alopecia in Hashimoto, alopecia areata in Hashimoto

otrzymano / received

15.01.2020

poprawiono / corrected

28.01.2020

zaakceptowano / accepted

15.02.2020

AUTOIMMUNOLOGICZNE CHOROBY TARCZYCY

Autoimmunologiczna choroba tarczycy AITD (*autoimmune thyroid disorder*) stanowi 30 procent wszystkich chorób z autoagresji. Przewlekłe limfocytowe zapalenie tarczycy Hashimoto (HT) stanowi najczęstsze schorzenie tarczycy i najczęstszy typ zapalenia tarczycy [3]. Chorobę HT po raz pierwszy opisał w 1912 roku pracujący w Berlinie japoński chirurg Hakaru Hashimoto. Lekarz ten zdiagnozował pierwsze cztery przypadki zwłóknienia w tkance tarczycy [4]. Odkrycie to zostało jednak zignorowane. Dopiero w 1931 roku Allen Graham w swojej pracy potwierdził istnienie jednostki chorobowej Hashimoto, która prowadzi do zwłóknienia i atrofii mięszu tarczycy [5]. Uznana ją za chorobę o podłożu autoimmunologicznym dopiero w latach 60 XX wieku, kiedy odkryto przeciwciała przeciwotarczycowe i powiązano je ze zmianami zanikowymi gruczołu tarczowego opisanymi przez chirurga Hashimoto. Pomimo licznych badań przeprowadzonych na przestrzeni ostatnich lat, patogeneza choroby Hashimoto nie jest do końca poznana, ale uważa się, że w dużej mierze zależy od pierwotnych niedoborów odporności, skłonności genetycznych i czynników środowiskowych takich jak nadmiar jodu, przebyte infekcje bakteryjne i wirusowe (m.in. *Helicobacter pylori*, *Borrelia burgdorferi*) nikotynizm, stres. Częstość choroby ma tendencję wzrostową. Szacuje się, że cierpi na nią nawet 10 procent populacji rasy białej [6]. Choroba ta dotyka częściej kobiety niż mężczyzn, a częstość jej występowania rośnie z wiekiem. Najwięcej przypadków diagnozuje się między 40 a 65 rokiem życia, ale choroba ta może występować również u dzieci [7]. Kryteria rozpoznania choroby HT to stwierdzenie dodatniego miana przeciwciał przeciwko tyreoperoksydazie (anty-TPO) oraz tyreoglobulinie (anty-TG), jak również typowy dla tej choroby obraz w badaniu ultrasonograficznym – echogeniczność całego gruczołu, który jest istotnie zmniejszony, hypoechogenny z cechami zwłóknienia. HT prowadzi do niedoczynności tarczycy.

HASHIMOTO I NADMIERNA UTRATA WŁOSÓW

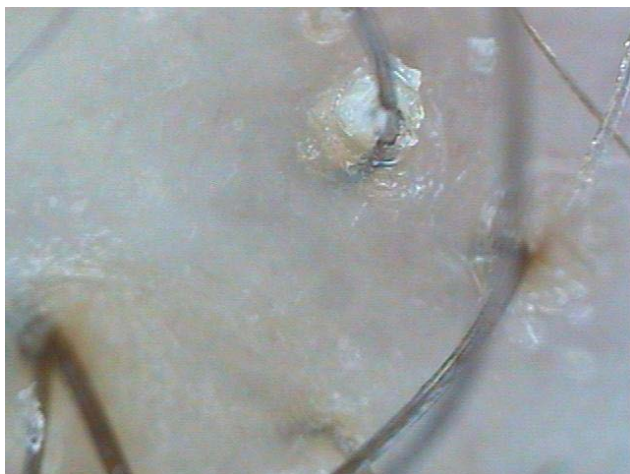
W HT oprócz typowych objawów klinicznych takich jak przyrost masy ciała pomimo mniejszego apetytu, zaburzeń gospodarki lipidowej, zapaść, obrzęków twarzy i okolic oczu, bradykardii, spowolnienia intelektualnego i przewlekłego zmęczenia, bardzo często dochodzi do przedwczesnego siwienia, nadmiernej utraty włosów – łysienia telogenowego TE (*telogen effluvium*), a nawet łysienia plackowatego AA (*alopecia areata*), co dotyczy około 25 procent chorych [8, 9]. Obecnie bardzo często są oni kierowani przez dermatologów do specjalistów endokrynologów i trychologów, celem dalszej diagnostyki takich objawów jak nagle wypadanie włosów (również na brodzie u mężczyzn), brwi, rzęs, suchość skóry czy łamliwość paznokci [10].

TRICHOSKOPIA PRZYDATNE BADANIE W HASHIMOTO

Hashimoto i zaburzenia hormonalne tarczycy, do których prowadzi ta choroba, mają istotny wpływ na włosy i są ściśle powiązane z nieprawidłowościami wzrostu włosów. Najczęściej występuje łysienie telogenowe i łysienie plackowate. *Telogen effluvium* jest formą łysienia niebliznowaciejącego. W TE dochodzi do zaburzeń proporcji ilości włosów w fazie wzrostu i w fazie spoczynku, dochodzi do wydłużenia fazy telogenowej (fot. 1). Fizjologicznie każdego dnia następuje utrata około 100 włosów, w łysieniu telogenowym liczba ta może być nawet kilkukrotnie większa, włosy widocznie się przeczadają, ale nie dochodzi do całkowitego wyłysienia. *Alopecia areata* również charakteryzuje się niebliznowaciejącą utratą włosów, na skórze pojawiają się okrągłe, łyse ogniska o średnicy od ok. 1 centymetra, do nawet kilkunastu centymetrów. W tych miejscach może być odczuwalne mrowienie skóry, a nawet ból. Podstawową metodą stosowaną w diagnostyce chorób owłosionej skóry głowy jest trichoskopia. W badaniu tym ocenia się w dużym powiększeniu (min. 70-krotnym) łodygę włosa, ujście mieszka włosowego i skórę wokół mieszka [11-13]. Trichoskopia jest całkowicie nieinwazyjną metodą badania. Nie wymaga pobrania włosów, a daje możliwość różnicowania łysienia telogenowego z androgenowym oraz łysienia plackowatego z trichotillomanią. W badaniu tym możliwe jest określenie miniaturyzacji włosa, ocena liczby włosów cienkich i pojedynczych, wykrycie włosów dysplastycznych i ułamanych [14, 15]. W łysieniu plackowatym w obrazie z trichoskopii widoczne są zachowane ujścia mieszków włosowych, czarne punkty – opuszki bez łodygi, żółte punkty – keratotypyczne czopy w ujściach mieszków włosowych, włosy wykrzyknikowe (dystalna część łodygi jest szersza niż część proksymalna) i włosy z odcinkowym ścięciem łodygi (fot. 2). Aby ocenić czy mamy do czynienia z łysieniem telogenowym czy androgenowym należy wykonać trichoskopię na przedniej części głowy, dokładnie na przecięciu linii nosa i ucha oraz na potylicznej części głowy 4-5 cm nad linią włosów. W *telogen effluvium* zauważalne są zwiększone przestrzenie między włosami, obecność pustych ujść mieszków włosowych, wzrost liczby pojedynczych włosów. Nie powinno być miniaturyzacji i włosów welusowych, obecność włosów odrastających szerokich u ujścia mieszka włosowego i zwięzających się ku wierzchołkowi. Włosy z przedniej części głowy nie powinny różnić się znacząco od włosów na potylicy [16-18]. W łysieniu androgenowym podczas trichoskopii widoczne są żółte czopy rogowe (puste ujścia mieszków wypełnione łojem), włosy meszkowe, heterogeniczność grubości włosów, utrata jednostek włosowych z trzema łodygami na korzyść jednostek z jedną łodygą (fot. 3). Dotyczy to okolicy czołowej i skroniowej, nie potylicznej [19].



Fot. 1 Łysienie telogenowe – podejrzenie Hashimoto Źródło: Archiwum dr Marta Bednarek



Fot. 2 Łysienie telogenowe oraz nadmierna keratynizacja. Obraz charakterystyczny dla niedoczynności tarczycy Źródło: Archiwum dr Marta Bednarek



Fot. 3 Łysienie androgenowe. Widoczne żółte plamki Źródło: Archiwum dr Marta Bednarek

PODSUMOWANIE

Hashimoto jest najczęściej występującą chorobą autoimmunologiczną gruczołu tarczowego. Brak podjęcia terapii może prowadzić do niedoczynności tarczycy i szeregu komplikacji zdrowotnych. Ze względu na brak specyficznych objawów na początku choroby, często jest ona diagnozowana przy okazji innych dolegliwości, wcześniej nie łączonych z tarczycą np. nadmierne wypadanie włosów, a nawet łysienie plackowate.

LITERATURA

1. Zgliczyński S. Choroby tarczycy. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 1998: 9-13.
2. Szwałkosz K, Wawryniuk A, Sawicka K, Łuczyc R, Tomaszewski A. Hypothyroidism being caused by chronic autoimmune inflammation of the thyroid gland. Journal of Education, Health and Sport 2017, vol. 7(5): 41-54.
3. Socha K, Dziemianowicz M, Omeljaniuk W, Soroczyńska J, Borawska M. Nawyki żywieniowe a stężenie selenu w surowicy u pacjentów z chorobą Hashimoto. Problemy Higieny i Epidemiologii 2012, vol. 93(4): 824-827.
4. Hashimoto H. Zur Kenntnis der lymphomatoen Veränderung der Schilddrüse. Archiv für klinische Chirurgie 1912, vol. 97: 219-248.
5. Graham A, McCullagh EP. Struma lymphomatosa (Hashimoto). Archives of Dermatology 1931, vol. 22(4): 548-567.
6. Bossowski A, Otto-Buczowska E. Schorzenia tarczycy o podłożu autoimmunologicznym. Pediatria – co nowego? Cornetis, Wrocław 2007: 108-120.
7. Bossowski A, Moniuszko M, Dąbrowska M, Mrugacz M, Sawicka B, Bossowska A, Jeznach M, Bodzenta-Lukaszyk A. Analiza komórek T regulatorowych we krwi obwodowej u dzieci i młodzieży z chorobą Gravesa-Basedowa i zapaleniem tarczycy typu Hashimoto. Endokrynologia Pediatria 2011, vol. 34(1): 37-48.
8. Goh C, Finkel M, Christos PJ, Sinha AA. Profile of 513 patients with alopecia areata: associations of disease subtypes with atopy, autoimmune disease and positive family history. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology 2006, vol. 20: 1055-1060.
9. Hordinsky M, Ericson M. Autoimmunity: Alopecia Areata. Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings 2004, vol. 9: 73-78.
10. Brzezińska-Wcisło LA, Wcisło-Dziadecka D. Hair diseases: a big problem on a small surface. Advances in Dermatology and Allergology 2016, vol. 33: 317-322.
11. Olszewska M, Rudnicka L, Rakowska A, Kurzeja M. Postęp w diagnostyce łysienia. Przegląd Dermatologiczny 2009, vol. 96(4): 247-253.
12. Skrok A, Kozłowska A. Rola zaburzeń hormonalnych tarczycy w nieprawidłowościach wzrostu włosów. Przegląd Dermatologiczny 2013, vol. 100(6): 384-391.
13. Żak Ż. Łysienie plackowate – podłoże oraz leczenie. Kosmetologia Estetyczna 2019, vol. 8(4): 513-515.
14. Rudnicka L, Olszewska M, Rakowska A. Atlas of Trichoscopy: Dermoscopy in Hair and Scalp Disease, Springer-Verlag London, London 2012, 1-30.
15. Rakowska A, Słowińska M, Kowalska-Oleędzka E, Rudnicka L. Trichoscopy in genetic hair shaft abnormalities. Journal of Dermatological Case Reports 2008, vol. 2(2): 14-20.
16. Waśkiel-Burnat A, Rakowska A, Sikora M, Olszewska M, Rudnicka L. Barwnikowe włosy meszkowe i włosy prosto odrastające jako jedyne trichoskopowe wskaźniki rokownicze odrostu włosów w łysieniu całkowitym i uogólnionym. Przegląd Dermatologiczny 2019, vol. 106(2): 150-158.
17. Sinclair R. Diffuse hair loss. International Journal of Dermatology 1999, vol. 38: 8-18.
18. Lacarrubba F, Micali G, Tosti A. Scalp dermoscopy or trichoscopy. Current Problems in Dermatology 2015, vol. 47(12): 21-32.
19. Rakowska A, Waśkiel A, Sikora M, Olszewska M, Rudnicka L. Two different trichoscopic patterns of mid-frontal scalp in patients with frontal fibrosing alopecia and clinical features of androgenetic alopecia. Dermatology Review 2017, vol. 104(1): 9-15.